

К ВОПРОСУ О ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ¹

Канд. мед. наук Е. З. Рабинович

Гинекологическое отделение (зав.— Е. З. Рабинович, консультант — проф. Г. К. Черепакхин) 12-й больницы г. Горького

Шеечная беременность встречается редко. По И. Н. Яковлеву и И. Ф. Жордания, прерывание шеечной беременности происходит чаще на 4 или 5 месяце. Из собранных нами 16 случаев, описанных отечественными авторами за 1936—59 гг., у 13 больных срок беременности не превышал 3 мес., у двух — сроки были равны 4 и 4,5 мес. и в одном случае, описанном С. Х. Назарли, речь идет о шеечном прикреплении плаценты при беременности на 10 лунном месяце. Б-ная умерла в родах.

Диагностика шеечной беременности трудна. Из 16 случаев правильный диагноз установлен 5 раз, ошибочно диагностированы: маточная беременность — 6, фиброма матки — 3 и неполный выкидыш — 2 раза. По большинству авторов, к клиническим признакам шеечной беременности относятся кровотечение, увеличенная баллонообразная шейка мягкой консистенции с неравномерной толщиной ее стенок и эксцентрическое расположение наружного отверстия канала шейки.

По большинству авторов, методом выбора терапии шеечного прикрепления плаценты является удаление матки абдоминальным путем. Такой радикализм находит оправдание в угрожающем жизни кровотечении, которым часто осложняется шеечная беременность, в особенности после неудачной попытки инструментального удаления плодного яйца.

Так или иначе, вопрос о лечении больных шеечной беременностью нуждается в дальнейшем изучении, тем более, что удаление матки у молодой женщины по поводу патологической беременности нельзя считать идеальным методом.

В литературе ссылаются на данные Цангемейстера и Шиллинга, согласно которым процент материнской смертности при этой патологии беременности равен 43, из которых в 32% причиной смерти является кровотечение и в 11% — септическая инфекция. Хотя шеечная беременность и в настоящее время представляет весьма опасное заболевание, все же эти данные относительно материнской смертности следует считать устаревшими. В особенности это касается септической инфекции, которая может быть предотвращена современными методами профилактики и терапии. Если из 16 женщин с шеечной беременностью умерли 4, то дальнейшее снижение смертности может быть достигнуто своевременной диагностикой и рациональной терапией этого заболевания.

Приводим краткое описание нашего случая.

К., 26 лет, доставлена врачом скорой помощи 9/XII-59 г. с жалобами по поводу повторных кровотечений. Первый раз угрожающее кровотечение было 7/XII и продолжалось около получаса.

Менструации с 17 лет, по 6—7 дней, через 4 недели, умеренные, без болей. Последняя менструация в срок, 27/XI, продолжалась 6 дней. Беременной себя не считает. Родов — 2, аборт — 2. Стул нормальный. Мочиспускание частое. Гинекологические заболевания в прошлом отрицает.

Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, губы синюшные. АД — 90/60, пульс — 92. Дыхание везикулярное. Язык влажный. Живот безболезнен, мягкий. Селезенка и печень не определяются.

Наружные половые органы развиты нормально. Из вагины удален тампон, пропитанный кровью. Шейка деформирована, синюшной окраски, баллонообразной формы, выполняет всю верхнюю треть влагалища. Наружное отверстие канала шейки расположено эксцентрически. Передняя губа толще задней. Со стороны заднего свода на задней губе шейки имеется синюшной окраски выпячивание мягкой консистенции. Наружный зев пропускает палец. В толще задней губы, за наружным зевом, имеется ниша, проникающая до парацервикальной клетчатки, выполненная губчатой тканью. Боковые своды сужены. Над увеличенной шейкой определяется тело матки нормальных размеров. Придатки не пальпируются, параметрии свободны.

Во время внутреннего исследования кровотечение стало угрожающим. Состояние б-ной тяжелое. Пульс слабый.

Диагноз: шеечная беременность и острая анемия.

Под кислородно-эфирным наркозом произведено чревосечение с удалением матки без придатков. Во время операции в вену перелито 450 мл одогруппной крови. АД — 60/40.

После переливания в кубитальную артерию 225 мл одогруппной крови и 20 мл 40% раствора глюкозы состояние заметно улучшилось. АД — 100/65, пульс хорошо прощупывается.

¹ Доложено на заседании научного общества акушеров и гинекологов Горького 3/III-60 г.

В послеоперационном периоде перелито еще 225 мл одноклассной крови. Выпущена 28/ХІІ во вполне удовлетворительном состоянии.

Описание препарата. Шейка матки баллонообразна; на задней поверхности задней ее губы — выпячивание синюшной окраски. На разрезе по сагиттальной плоскости в толще задней губы — ниша, глубоко проникающая в мышечный слой и заполненная трудно определяющейся губчатой тканью. Полость матки совершенно свободна от содержимого, слизистая полости рыхлая, гиперплазирована.

В препаратах из срезов нижнего сегмента и тела матки ворсинки отсутствуют.

В нашем случае, как и в описанном М. А. Герасимовой, 6-ая отрицала задержку месячных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимова М. А. Акуш. и гинек., 1956, 4.— 2. Жордания И. Ф. Учебник акушерства. М., 1955.— 3. Назарли С. Х. Акуш. и гинек., 1938, 4.— 4. Яковлев И. Н. Неотложная помощь при акушерской патологии. М., 1953.

Поступила 21 мая 1960 г.

ГИГИЕНА ТРУДА

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОЧИХ НА ЗАВОДЕ СТЕКЛОВОЛОКНА

Р. Ш. Самитова, Н. Н. Краснощеклов

Всесоюзный научно-исследовательский институт охраны труда ВЦСПС в Казани
(директор — канд. техн. наук В. А. Бахарев)

Основными участками производства стекловолокна являются составные и стекловаренные цехи, цехи электропечей, а также размоточно-крутильные, прядильные и отделочные отделения ткацкого производства.

Составные и стекловаренные цехи представляют собой участки производства, почти ничем не отличающиеся от аналогичных цехов других стекольных заводов и характеризующиеся пылевыми вредностями (составные цехи) и избыточным теплом (цехи стекловарения).

Ткацкое производство имеет одинаковое оборудование в сравнении с другими текстильными предприятиями; неблагоприятным фактором в них является шум.

Наиболее характерны для производства стекловолокна цехи электропечей, в которых производится формирование стеклонити.

Производственный процесс в этих цехах складывается из загрузки печи стеклянных шариков, их расплавления и вытекания из тончайших отверстий капелек стекла, вытягивающихся в волокно. От специального сосуда по резиновым шлангам на стеклонити стекают замасливатели, придающие им эластичность. Смоченная замасливателем стеклонить захватывается сначала левой, а затем правой рукой рабочего-оператора и направляется им к наматывающему аппарату.

Трудовой процесс у операторов преимущественно протекает на фиксированных рабочих местах (обслуживают одновременно 2—3 печи). Группу этих рабочих в основном представляют женщины.

Профессиональными вредностями являются контактирование с замасливателями, лучистое и конвекционное тепло, мельчайшая стеклянная пыль, окись углерода и пары замасливателей.

Изучение заболеваемости и условий труда рабочих проводилось по рекомендации профсоюзных организаций на Гусевском заводе стекловолокна.